2.C.7

Dal BOLLETTINO CLINICO-SCIENTIFICO
DELLA POLIAMBULANZA DI MILANO
Anno XXII – Fascicolo 8 - 9 – 1907

24

Dott. GEROLAMO BAGOZZI

Chirurgo aggiunto dell'Ospedale Maggiore

Dirigente la Sezione Urinaria della Poliambulanza di Milano

PROSTATECTOMIA PERINEALE

Considerazioni cliniche e risultati operativi.

MILANO
TIPOGRAFIA GIOVANNI GHEZZI
Via Ospedale, 3

1907.

25

Dott. GEROLAMO BAGOZZI

Chirurgo aggiunto dall'Ospedale Maggiore

Dirigente la Sezione Urinaria della Poliambulanza di Milano

PROSTATECTOMIA PERINEALE

Considerazioni cliniche e risultati operativi.

La prostatectomia perineale, che passa sotto la denominazione di operazione del Proust e che fu già in grande onore fino a pochi anni or sono, sembra avere, in questi ultimi tempi, perduto terreno in confronto della prostatectomia transvescicale. Per quelli che conoscono la storia della chirurgia urinaria, questo fatto non deve punto sollevare meraviglia; quasi lo si sarebbe per l'addietro supposto: oggi si può dire che era fatale che ciò avvenisse. La vecchia questione dell'aggredire la vescica per la via perineale o per l'ipogastrica, che si è discussa a lungo e pei corpi stranieri e pei calcoli e pei tumori, è tornata di nuovo in campo per l'ablazione della prostata. Ma quello che è strano si è che mentre pei tumori vescicali la scuola inglese, con a capo il Thompson, patrocinava l'intervento perineale e la scuola del Nécker, che faceva capo al Guyon,

consigliava la via l'ipogastrica, per l'ipertrofia prostatica la scuola francese (Gosset, Proust, Albarran, Legueu) sosteneva la superiorità dell'operazione attraverso il perineo, quella inglese (Freyer) spezzava le sue lance per la transvescicale. Nelle mani dei successori di chi fondò le scuole del Nécker e del St. Peter's Hospital le parti si erano completamente invertite. Ma come pei corpi stranieri, pei calcoli, pei tumori la via alta prese il soppravvento sulla bassa, così anche per la prostatectomia si sono visti ultimamente i metodi perineali cedere il passo ai sovrapubici. E ciò è avvenuto quantunque numerose statistiche dimostrino la bontà sia dell'uno che dell'altro processo per quanto riguarda il risultato ultimo dell'operazione che è la salute dell'infermo.

Si è detto che la via ipogastrica è la via della luce e la chirurgia moderna ama essere sempre guidata dal senso della vista il quale dà al chirurgo quella sicurezza di esecuzione tecnica che torna tutta a vantaggio del buon esito dell'intervento. Così fu giusto che in linea generale pei calcoli e specie pei tumori si limitassero le indicazioni delle operazioni per la via perineale, attraverso la quale il solo senso del tatto poteva guidare il chirurgo. Ma fu giusto egualmente per la prostatectomia? Le sole considerazioni che la prostata è organo perineale e che, se talora invade e deforma lo spazio occupato dalla vescica, nulla ha a che fare con quest'organo, che ne è anche embriologicamente distinto, dovrebbero, a priori, far pensare che il perineo è la via naturale per raggiungere colla vista la prostata. Difatti quando si è opportunamente aperto lo spazio scollabile prostatico e con un abbassa-prostata portiamo nel campo della ferita la ghiandola da demolire. noi possiamo dirigere nettamente, de visu, ogni nostra ulteriore manovra. Non così mi sembrano essere le condizioni per l'operazione di Freyer, nella quale il chirurgo una volta che ha aperto, sia pure ampiamente la vescica, è obbligato ad introdurre parte della mano nel cavo vescicale e laggiù, nel fondo completamente oscurato dalla mano stessa, lacera, scolla, svelle.

Si dice che l'esercizio abitua a discernere i tessuti col tatto ed a stabilire esattamente ogni manovra: nè io posso negarlo. Però dobbiamo ammettere allora che la legge generale di chirurgia moderna che ogni mossa del chirurgo dev'essere guidata dalla vista, fa per la prostata con l'operazione alla Freyer una eccezione.

Ad ogni modo ripeto che, a parte questa considerazione ed altre che faremo in seguito, le statistiche attestano la bontà finale dell'operazione transvescicale ed è perciò superflua ogni discussione che tenti attenuarne il valore.

A me interessa soltanto di aggiungere alle ricche statistiche della prostatectomia perineale il mio modesto contributo di casi clinici e di considerazioni, onde dimostrare il valore effettivo di questo metodo che è per nulla inferiore al metodo rivale. Ricorderò qui subito che fra i miei undici operati ve ne sono alcuni nei quali l'operazione data da quasi tre anni, altri da due. Avrei potuto pubblicare i risultati di questi interventi a breve distanza dalla guarigione, ma ho voluto attendere che passasse un certo tempo per poter giudicare gli effetti a distanza dell'operazione. In tale guisa oggi posso dare più precise informazioni anche di questi ammalati che già da anni o da molti mesi usufruiscono del vantaggio dell'operazione che li ha liberati dai gravi pericoli della ritenzione e della tossicazione urinose.

Il concetto generale, a cui mi sono informato nello stabilire le indicazioni alle operazioni da me eseguite, è fondato sui pericoli che, nei singoli casi, la malattia procura al paziente e sulle difficoltà del cateterismo. Vi sono ammalati affetti da ritenzione completa ed incompleta per ipertrofia della prostata e che sono obbligati al cateterismo, i quali vivono abbastanza bene, mantenendosi le loro urine asettiche e senza incorrere in accidenti d'infezione. Ma ve ne sono altri che pur avendo le stesse precauzioni nel cateterismo sono frequenti volte soggetti ad infezione vescicale, ad attacchi di pielonefrite con febbre, ad accessi gravi di cistite, ad ematuria da congestione. Altri vanno soggetti alla calcolosi recidivante che obbliga a frequenti litotrizie, pel traumati-

smo delle quali il paziente è soggetto a fenomeni di infezione che possono condurre anche ad alterazioni profonde delle funzioni renali con esito letale. Sono questi i casi nei quali la prostatectomia è indicata, dato che lo studio delle condizioni generali del paziente ci permetta un simile intervento.

Le deformazioni del canale prostatico rendono talvolta il cateterismo difficile al paziente e spesso anche al chirurgo. Talora attacchi di congestione prostatica rendono assolutamente impossibile il sondaggio mentre d'altro lato la ritenzione completa esige l'evacuazione. E' allora che si ricorre alla puntura sovrapubica ed è allora che, dato il ripetersi di questi accidenti, è consigliabile l'intervento.

Per alcuni la prostatectomia ha del tutto soppiantato il cateterismo al punto che al primo attacco di ritenzione acuta, senza tentativi di cateterismo metodico, si dovrebbe procedere all'operazione. Sono in verità questi i casi in cui si hanno i risultati operatorii più brillanti, ma è anche risaputo che è appunto in questi casi che il cateterismo metodico può condurre il malato alla sua completa funzione vescicale. Non è che nel ripetersi di queste ritenzioni acute che troveremo l'indicazione dell'intervento, perchè allora si tratta di proteggere l'apparato urinarie superiore che è seriamente minacciato e dalla ritenzione ureterorenale e dalla sepsi ascendente. Le abbondanti suppurazioni vescicali furono ritenute per il passato controindicazione all'intervento, che si faceva solo in casi di asepsi urinario. Oggidì si considera invece l'operazione come curativa della sepsi vescicale. Al buon risultato dell'operazione io ho tuttavia creduto sempre opportuno in queste contingenze, far precedere alla operazione il cateterismo a permanenza col quale in genere si migliorano le condizioni delle pareti vescicali.

Le controindicazioni all'intervento più che dalle condizioni locali prostatovescicali vengono dallo stato funzionale del rene.

Prima di ogni operazione sulla prostata, indagheremo queste funzioni con un esame chimico accurato delle urine, specialmente per quanto riguarda l'urea, e colla prova del-

l'eliminazione del bleu di metilene. Le ricerche dell'urea e del peso specifico devono essere fatte ripetutamente onde togliere qualsiasi causa d'errore dipendente da condizioni generali. Le formule crioscopiche, la prova della poliuria sperimentale potranno, in alcuni casi speciali di incertezza pronostica, essere istituite.

E' superfluo aggiungere che si terrà conto, come per ogni operazione chirurgica, delle condizioni somatiche generali (anemia, cachessia urinaria, diabete, ecc,) e di quelle particolari riferentesi agli organi viscerali toracici ed addominali.

Le indicazioni e le controindicazioni della prostatectomia non si possono stabilire secondo uno schema generale. E' sempre un quesito di clinica che si deve risolvere in ogni caso ed ogni caso presenterà speciali particolarità di cui bisognerà tener conto.

Per ciò che è della tecnica operatoria si è fatta per la prostatectomia perineale l'osservazione che essa è più difficile della transvescicale. Dirò anzitutto che la prostatectomia perineale è essenzialmente un'operazione anatomica e come tale non richiede che esercizio da parte dell'operatore. Essa fu così diligentemente studiata nei suoi tempi per opera specialmente del Proust che il chirurgo non ha che a seguirli scrupolosamente senza tema di incorrere in errore. L'operazione perineale consiste essenzialmente di due parti, la prima di scopertura della ghiandola, la seconda di ablazione della stessa. Nella prima si accenna da tutti al pericolo della lesione del retto. pericolo che si evita facilmentes e si ha l'avvertenza di riconoscere strato per strato gli elementi anatomici. Dirigersi dapprima verso il bulbo per dividerlo dalle sue connessioni muscolari posteriori e spostarlo innanzi, seguire l'uretra, occupata da un catetere fino all'incontro del muscolo retto uretrale per inciderlo metodicamente, sono gli elementi precipui per giungere senza pericolo alla prostata. Inciso il muscolo retto

uretrale si cade nello spazio scollabile prostatico e la prostata è sotto ai nostri occhi nella sua integrità.

Per chi ha ripetuto queste manovre alcune volte, il tempo necessario per giungere alla prostata si riduce, in genere, a pochi minuti. Si leggono resoconti d'operazioni durate persino oltre un'ora, ma si tratta indubbiamente di quei casi in cui l'operatore si è smarrito nell'anatomia del perineo. Da alcuni è consigliata l'introduzione del dito nel retto per proteggere quest'organo, ma ciò, a parte l'asepsi, non è necessario.

Ben scoperta ed isolata la prostata, si passa dal periodo di preparazione alla vera parte essenziale dell'operazione; Aperta l'uretra al becco prostatico ed introdotto il *desenclaveur* si abbassa la prostata. Da questo punto le cose procedono diversamente a seconda delle condizioni dell'organo. L'esportazione avviene per emisezione ed enucleazione o per spezzettatura. Tanto l'una che l'altra sono parauretrali e l'uretra deve essere lesa il meno possibile. Questa avvertenza è coefficente sicuro di buon esito.

Aperta la capsula prostatica rappresentata dall'aponeurosi prostatica e dalla corteccia, se si tratta di ipertrofia fibroadenomatosa a grossi adenomi, si compie facilmente l'enucleazione anche col dito o colle forbici chiuse. Se gli adenomi sono piccoli e multipli bisogna aprire successivamente le varie loggie, nel qual caso è pur conveniente asportare i sepimenti connettivali tra adenoma ed adenoma che costituiscono spesso gran parte del volume dell'organo. Allora l'asportazione è più difficile e delicata ed esige l'opera del tagliente.

Il lobo medio prostatico viene facilmente asportato, se è mobile dalla ferita uretrale, se è fisso spingendolo in basso col dito introdotto in vescica che può quasi arrovesciarlo.

In tutti i casi, l'uretra è risparmiata nella quasi sua totalità ed alcuni consigliano di resecarla in parte onde impedire la formazione di una loggia uretrale prevescicale. Anche il collo vescicale o sfintere involontario rimane per-

fettamente illeso mentre nell'operazione del Freyer è per lo più asportato coll' uretra prostatica. La ferita uretrale viene spesso colla asportazione dei lobi prostatici ingrandita: gli è perciò che ho seguito il consiglio dell'Albarran di restringerla con punti in catgut, quando mi è stato possibile, in modo da non lasciare se non lo spazio pel drenaggio. Il drenaggio rappresenta il principio e la parte principale della cura postoperatoria, e nella prostatectomia perineale si potrà essere sempre sicuri della sua buona funzione, poichè esso occupa la parte più declive ed impedisce così qualsiasi ristagno di sangue e di urina in vescica. Al drenaggio, rappresentato da sonda semirigida N.° 18 o 20, fissata con sutura al bordo anterosuperiore della ferita cutanea ed esattamente pescante in vescica, si aggiungono due zaffi nelle loggie lasciate vuote dai lobi asportati. L'operazione è finita, e non dura, in generale, più di quaranta minuti.

L'emorragia che si ha durante l'operazione è assolutamente insignificante e non aggrava per nulla le condizioni del paziente. Nelle eventualità di stillicidio sanguigno che si continui a prostata asportata, abbiamo nel tampone di garza un mezzo emostatico eccellente. Nelle operazioni alla Freyer si ha talora ematuria imponente, ematuria che non si può frenare con tamponi proficui per mancanza di sostegni e per l'imbibizione prodotta dall'urina, ematuria che può essere tanto grave da uccidere l'infermo (Tuffier - relazione al XV. Congresso Internazionale):

Se per quanto si riferisce all'ablazione della prostata dalla via bassa, le manualità sono abbastanza facili nelle forme fibroadenomatose, specialmente in prostate di grande volume, non così è per le forme fibrose, risultato spesso di prostatiti lente ed in quelle degenerazioni epiteliali della prostata (epiteliomi adenoidi d'Albarran ed Hallé) che qualchevolta si incontrano e che con difficoltà si distinguono clinicamente dalle altre forme classiche d'ipertrofia.

In queste contingenze la corteccia ghiandolare che forma la capsula scollabile non esiste: non si può quindi fare l'enucleazione e difficilmente si può stabilire il limite

tra prostata ed uretra, tra prostata e vescica. Allora conviene essere molto guardinghi per non produrre lesioni che possono essere irreparabili.

Gli operatori che preferiscono il metodo del Freyer vorrebbero riservare solo questi casi alla operazione perineale poichè dalla via alta non riescono a snucleare l'organo nè possono asportarlo completamente collo spezzettamento che devono eseguire alla cieca. Se è più facile asportare questa prostata dal perineo, non è giusto che questa via ceda il passo alla rivale pei casi classici che danno un risultato immediato e definitivo spesso oltremodo rassicurante, — Io ritengo invece che, a parte la predilezione per l'uno o per l'altro metodo, predilezione che dipende talora dall'esperienza personale e da un complesso di considerazioni individuali, l'unica forma di ipertrofia prostatica per la quale sia veramente utile l'operazione è la fibroadenomatosa sia pei risultati immediati, sia pei definitivi, e che le prostate fibrose rappresentino una formale controindicazione all'intervento. Studiando le statistiche, si nota che i casi di risultato incompleto o nullo sono precisamente quelli in cui la prostata era piccola e fibrosa. L'ablazione di una prostata fibroadenomatosa, qualunque sia la forma della ritenzione (acuta, cronica, incompleta o completa) qualunque sia lo stato della vescica (settico od asettico), dà sempre buoni risultati finali. Sfortunatamente non sempre la clinica ci permette la distinzione anatomopatologica delle singole prostate mentre sempre ci indica esattamente la forma clinica del prostatismo.

Il buon drenaggio che si può praticare nella prostatectomia perineale è uno dei coefficienti migliori della guarigione. La preoccupazione maggiore che viene al chirurgo dopo la prostatectomia transvescicale è data dalla difficoltà di un buon drenaggio, quale non può essere un drenaggio sovrapubico che non è razionale. Ciò è tanto vero che alcuni specie nelle ritenzioni settiche, consigliano l'ablazione alla Freyer, e il drenaggio al perineo (Israel). E perchè, dice il Tuffier, non fare tutto allora dal perineo? Da molti si osserva

che è preferibile la via transvescicale perchè con essa è sicura l'ablazione completa dell'organo ammalato. Ad una condizione però, io aggiungo; che si asporti, coll'organo, il tratto di uretra corrispondente e quindi lo sfintere involontario. E che il drenaggio vescicale alto sia la grande preoccupazione dell'operatore, lo dimostrano i metodi che ciascun operatore ha ideato o modificato per raggiungere lo scopo. Come per la prostatectomia perineale molti chirurghi parlano del «*mio desenclaveur*» così per la transvescicale altrettanti consigliano una particolare modalità di drenaggio. Questa imperfezione nel drenaggio espone al pericolo di infezioni gravi della vescica, per effetto del ristagno di urine, per lo più settiche, nell' ampia fovea risultante dall' ablazione prostatica, eccellente ricettacolo di prodotti settici.

Ad ovviare il pericolo di celluliti pelviche che talora si sono osservate, il Tuffier consigliò di fissare la vescica alle pareti addominali tutt' attorno alla ferita onde impedirvi l' infiltrazione d' urina, rimedio però che porta alla fissazione definitiva delle pareti vescicali alle pareti addominali, limitando così notevolmente i movimenti d'escursione necessari alla buona funzione di evacuazione della vescica. Il drenaggio ipogastrico nella prostatectomia esige quindi una sorveglianza accuratissima da parte del chirurgo, necessitando talora ripetute medicazioni al giorno. Il drenaggio perineale invece, una volta che sia posto opportunamente, può funzionare fino al momento della sua rimozione senza darci il minimo pensiero. Da ciò deriva il decorso assolutamente apiretico delle prostatectomie perineali.

La cura postoperativa di questo intervento chirurgico è molto semplice; al sesto o settimo giorno si tolgono i tamponi che furono accorciati gradatamente nei giorni precedenti e il drenaggio; si pone una siringa permanente e si medica, salvo speciali condizioni, la ferita a piatto.

Il catetere a permanenza si toglie al quindicesimo giorno, talvolta anche prima, mentre la ferita si è già molto ristretta. Però al togliere del catetere le urine passano per alcuni giorni quasi tutte dal perineo: ma esse

scolano facilmente e non pregiudicano per nulla il processo di cicatrizzazione. A poco a poco le urine prendono la via dell'uretra e fra la terza e quarta settimana passano tutte dall'uretra mentre la ferita si chiude.

Questo è il modo di cura che si adotta in genere attualmente e che abbrevia di molto il decorso in confronto di quando si rinnovavano per molti giorni i zaffi perineali. Alcuni anche consigliano il sondaggio metodico fino a chiusura della ferita, ma io non credo ciò necessario: credo conveniente invece praticare, almeno a giorni alterni, una buona lavatura della vescica, borica od argentica a seconda dei casi, per migliorare lo stato delle pareti vescicali e delle urine.

Non è quindi vero che la cura postoperativa della prostatectomia perineale sia assai più lunga di quella della transvescicale, Nella letteratura della perineale si trovano casi di guarigione in meno di venti giorni (Cathelin, Gardini). Ma lasciando da parte circostanze assolulamente favorevoli, si può ritenere la guarigione avvenire non oltre le quattro settimane. Considerazione da tener presente è anche questa che al quindicesimo giorno, o poco oltre, l'operato può alzarsi da letto, condizione questa assai utile per vecchi debilitati, i quali così possono riprender l'appetito e le forze ed usufruire ben presto dello stato di disintossicazione che si effettua gradatamente come conseguenza diretta del cessare della ritenzione.

E' a questa disintossicazione progressiva che si deve la guarigione generale del paziente, il quale si rinvigorisce alla fine del tutto, migliorando ben presto nello stato dell'apparato digerente e del sistema nervoso. Perchè ciò avvenga occorre però che la prostatectomia renda possibile l'evacuazione totale della vescica. Si afferma che questa condizione sia meglio ottenuta colla operazione Freyer che colla perineale, appunto per l'ablazione più completa che si può ottenere colla prima che non colla seconda. Gli è perciò che da molti è preferita la via transvescicale. Posso però affermare che nei miei casi, anche osservati a distanza di

mesi e di anni, non ho mai constatato ritenzione o, se pure esisteva, limitatissima, ridotta a pochi grammi di urina. Perciò in essi osservai completo benessere come quello da altri constatato per gli operati alla Freyer, e non credo d'essere fuori del vero dicendo che i risultati buoni ottenuti dipesero in parte dalla buona scelta dei soggetti. Le mie osservazioni non fanno che confermare quanto da molti altri è stato dimostrato (Albarran, Proust, Young, Zuckerkandl, Gardini, ecc.)

Come si spiega adunque che anche coll'operazione perineale, che gli avversari dicono incompleta, si ottengono guarigioni ben assodate da osservazioni cliniche, nel senso che la ritenzione è ridotta a zero o quasi? Il meccanismo della ritenzione non è sempre dovuto alla deformazione dell'uretra prostatica. Tutti possono ricordare ammalati in completa ritenzione nei quali e il cateterismo è di estrema facilità e la prostata non appare molta ingrandita nè dal lato rettale nè da quello endovescicale. Un tempo, quando per l'ipertrofia prostatica si parlava solo di sclerosi urinaria, si pensava che la ritenzione dipendesse dalla alterazione istologica connettivale delle pareti vescicali: ma ora è ormai dimostrato che la ritenzione più che alla deformazione dell'uretra prostatica è dovuta all'insorgere d'inibizione del riflesso prostatovescicale che è quello che presiede al meccanismo della minzione. Ed è ciò tanto vero che in vesciche già da tempo inerti si osserva spesso il ritorno rapido della contrattilità non appena la prostata è tolta. Perchè ciò avvenga è solo necessario che i filetti nervosi terminali della mucosa uretroprostatica siano liberati dall'azione inibitoria dipendente dalla compressione e dalla presenza degli adenomi. La prostatectomia dev'essere completa nel senso di asportare tutti gli adenomi; e la prostatectomia perineale è più che bastante allo scopo.

Nei miei operati non ho mai osservato la persistenza della ritenzione e perciò nessuno è ricorso dopo l'operazione al cateterismo. Sono riferiti però molti casi nella letteratura dell'operazione del Proust in cui questi incidenti

sono occorsi. Studiando le storie cliniche e le osservazioni anatomopatologiche di questi pazienti si nota che si tratta quasi sempre di ingrandimenti prostatici non dipendenti dallo sviluppo di adenomi ma per lo più da forme fibrose ipertrofizzanti. Talora anche la ritenzione persistette in ammalati affetti da lungo tempo da cistite: allora si tratta realmente di perdita definitiva del potere di contrazione vescicale per degenerazione secondaria connettivale del detrusore. Non è poi ipotesi infondata il sospettare che il processo di sclerosi che colpisce la prostata nelle prostatiti croniche ipertrofizzanti (Albarran) si manifesti anche nel muscolo vescicale mantenendosi gli stessi rapporti da causa ad effetto. Ed è in questi casi che l'ipotesi su esposta si riallaccerebbe alla teoria del Guyon della sclerosi urinaria. Ma la clinica, come si è detto, poco ci insegna per differenziare una ipertrofia prostatica vera da una prostatite cronica ipertrofizzante. Però, sia che si segua per l'operazione la via sovrapubica, sia che si segua la via perineale, sarà cura del chirurgo evitare il più possibile un intervento in una prostata fibrosa, intervento di difficile esecuzione e di scarsa o nulla utilità al paziente.

Oltre alla ritenzione postoperatoria che dai sostenitori della via sovrapubica si dice più frequente dopo la prostatectomia perineale, si fanno da alcuni constatare altri inconvenienti di questa operazione. Dicono siano frequenti le fistole rettouretrali primitive per ferita del retto o secondarie per necrosi delle pareti rettali. Se questi incidenti poterono accadere nei primordi dell'operazione (Pousson, Hartmann, Czerny, Heresco), ora, che la tecnica operativa è ben sistemata, non possono assolutamente più effettuarsi per poco il chirurgo sia scrupoloso esecutore dei singoli tempi dell'operazione. Anche le fistole uretroperineali permanenti, notate un tempo, sono divenute vere rarità coi miglioramenti del trattamento postooperatorio attualmente in uso.

E nemmeno l'incontinenza, sia pure temporanea, ho osservato nei miei ammalati, avendo sempre avuto cura di

non ledere il collo vescicale, alla funzione del quale gli operatori alla Freyer annettono così poca importanza. Una sola volta ebbi a lamentare l'insorgenza d'una orchite suppurata che richiese un'orchiotomia. Però questo fatto insorse ad oltre un mese dall'avvenuta operazione quando l'ammalato era già in eccellenti condizioni generali: potè egli quindi sostenere la nuova piccola operazione senza alcun danno. In undici casi non ebbi dunque a constatare che una sola orchite cioè il 9 per cento. Il Tuffier afferma invece che in un quarto degli operati si osserva l'orchite, proporzione assolutamente superiore al vero se si deve prestar fede alle numerose storie cliniche che ho consultato specialmente nei lavori del Proust del Young del Gardini ed alle larghe statistiche portate al Congresso del 1904 dell'associazione francese d'urologia.

La perdita del potere sessuale viene considerata il peggiore inconveniente della prostatectomie perineale. L'Albarran ha fatto attente indagini sul rapporto della prostatectomia perineale colle erezioni ed ha in realtà osservato che se qualche volta esse si mantengono, il più spesso indeboliscono o non si avverano più. Perciò innanzi di operare un prostatico per la via perineale accorre informarlo della possibilità a cui va incontro. Ad evitare questo inconveniente Young ha consigliato di conservare la parte retrouretrale dalla prostata ove scorrono i dotti ejaculatori: ma questa pratica può ostacolare la guarigione della ritenzione.

Colla prostatectomia transvescicale il potere sessuale, dicono, si conserva; però non trovo nelle monografie che siano state fatte ricerche rigorose sulla verità di questo asserto. Per ragioni anatomiche se ne potrebbe realmente dubitare. Tuttavia si deve innanzi tutto osservare che nella maggior parte dei nostri operandi tal potere è già perduto od assai indebolito rapporto dell'età, ed in secondo luogo in disturbi dovuti alla ritenzione non possono essere compensati dal piacere genitale.

Nella statistica dell'Albarran almeno metà degli operandi avevano perduto il potere genetico e nei miei undici casi

solo due praticavano ancora, ma raramente, la coabitazione. Entrambi avvertiti della probabilità della perdita delle erezioni, se ne dichiarano indifferenti pur di essere liberati dai disturbi della retenzione che in entrambi era completa.

Per quanto si riferisce alla mortalità è certamente dimostrato che la percentuale per la perineale è alquanto più bassa che per la transvescicale. Su undici operati io ebbi un solo caso di morte (mortalità 9 per cento), ma l'esame della prostata dimostrò che si trattava di epitelioma endocapsulare (epitelioma adenoide d'Albarran ed Hallé, e la morte avvenne per cachessia urinosa al quindicesimo giorno dall'atto operativo. Gli altri dieci ammalati, affetti da prostata adenomatosa o fibroadenomatosa, sono tutti guariti.

L'Albarran ha nella sua statistica una mortalità del 3 per cento, l'Young del 2, 6, il Raffin del 6, 2, l'Hartmann, il Legueu, il Gardini del 9. La operazione del Freyer, secondo Watson, darebbe l'11, 3 per cento di morti secondo Proust il 10, 7, secondo Freyer, il 7, 35, secondo Lasio 16 per cento. La gravità dunque della prostatectomia perineale è alquanto inferiore a quella sovrapubica, cosicchè si ha un buon compenso ai pretesi incidenti postoperativi e specialmente a quelli realmente constatati, riferentisi alla diminuzione o perdita della genitalità.

Casi clinici.

1.°

Ritenzione completa acuta asettica da ipertrofia prostatica,

C.... Luigi d'anni 64 contadino coniugato di Vignate.

Entra al P. Litta il 18 gennaio 1905.

Nessun antecedente ereditario, nè malattia pregresse: non blenorragia nè sifilide. I disturbi urinari che conducono il paziente all'ospedale risalgono ad alcuni anni addietro. Cominciò con leggera difficoltà nell'urinare: la

minzione era dolorosa, non pronta, frequente specie di notte; le urine colavano senza getto. Non ebbe mai ematurie.

Il 13 gennaio 1905 senza causa apprezzabile non potè più emettere urine, Ricorse ad un medico che lo cateterizzò. Dopo quel cateterismo ebbe uretrorragia e, non potendo ancora urinare, fu di nuovo sondato. Entra in tali condizioni all'ospedale. Si nota subito che la vescica è distesa e giunge fin quasi all'ombellico: l'uretra è libera ma dà sangue continuamente per probabile falsa strada: il sondaggio non è difficile. La prostata è voluminosa ben prominente nel retto, molle, regolare: i due lobi sono ben distinti. Coll'esplorazione metallica e colla cistoscopia non si rileva lobo medio: la vescica è immune da flogosi.

Urine sanguinolenti, acide, psp. 1015, urea gm. 12 circa per litro. Eliminazione del bleu normale,

Temperatura oscillante da 37.6 a 39.1.

Esame generale negativo, salvo lieve arteriosclerosi.

Si procede fino al giorno 28 al cateterismo metodico, ma la minzione spontanea non accenna ad effettuarsi.

28 gennaio: prostatectomia perineale secondo le regole date dal Proust. L'enucleazione di grossi lobi fibro-adenomatosi è in parte digitale in parte strumentale. Decorso postoperativo del tutto apiretico. Medicazione giornaliera dopo i primi tre giorni, rimovendo gli zaffi; sonda a permanenza dall'ottavo al ventesimo giorno. Il giorno 17 marzo esce completamente guarito con minzione spontanea ogni due ore, con residuo ridotto a pochissimi grammmi.

Notizie ulteriori: non ebbe più bisogno di sondaggio, sta bene, lavora, urina come persona sana: ha impotenza.

La prostata asportata pesava in tutto 40 gm. ed era costituita da adenomi multipli, frammezzati da masse conettivali molli.

2.°

Ritenzioue incompleta cronica da ingrandimento della prostata.

G.... Angelo, d'anni 62, da Sedriano, contadino, vedovo.

Entra al P. Litta il 14 febbraio 1905.

Nessuna forma molto importante nel passato famiglia sana. Da un anno ha difficoltà della minzione, frequenza notturna, dolore all'inizio del mitto. Da qualche mese la frequenza è divenuta insopportabile. Non subì mai cateterismo, solo fece cure interne,

E' un soggetto deperito, magro; ha pelle floscia; pallido: ha enfisema polmonare lieve, secondo tuono accentuato al focolajo aortico. L'addome è trattabile, indolente: ipogastrio non disteso. Uretra libera fino alla regione prostatica: il catetere entra in vescica colla manovra del mandrino: residuo vescicale di 300 gm. circa L'esplorazione rettale fa rilevare una prostata molto ingrandita, molto dura, con lobi non distinguibili.

Le urine sono leggermente torbide, neutre: psp. 1010, urea gm. 8,275. Il bleu viene eliminato normalmente.

14 febbraio, prostatectomia perineale. Ablazione della prostata per emisezione laboriosissima, non trovandosi adenomi nè piano di dissenzione, ma una massa in parte molle in parte compatta. L'uretra è scolpita a colpidi forbici. Il paziente sta bene fino al giorno 22, ma da quel giorno si manifestaleggera febbre e continua a deperire, nonostante le medicazioni regolari ed una cura tonica. Le urine si fanno scarsissime, la lingua è secca, (langue urinaire) impaniata, il polso debole, frequente. Il paziente è in coma e muore il 5 marzo, quindicigiorni dopo l'intervento.

L'esame della prostata eseguito nel gabinetto anatomopatologico (dott. Zenoni, dott. Visconti) reca: « zone di tessuto ghiandolare prostatico con cavità ghiandolari dilatate ed epitelio proliferato: il conettivo interposto è fortemente ispessito, ricco di elementi cellulari in vicinanza delle ghiandole, più stipato e fascicolato attorno ai vasi».

Si trattava dunque non di ipertrofia prostatica comune, ma di un epitelioma ghiandolare con largo sviluppo di conettivo.

Non si è potuto eseguire la sezione necroscopica.

3.°

Ritenzione completa acuta da ipertrofia prostatica.

B.... Antonio d'anni 65 coniugato, canestraio, da Anzano al Parco.

Entra al Padiglione Litta il 9 Agosto 1905.

Uomo di precedenti sani e di famiglia immune, ha fenomeni di prostatismo da un anno. Alla pollachiuria notturna si è aggiunta la diurna con dolore iniziale e difficoltà della minzione specie al mattino. Le urine si mantengono sempre limpide; non ebbe ematuria. L'8 agosto 1905 al mattino fu colto da ritenzione completa e dovette ricorrere all'opera del medico che dopo averlo con difficoltà cateterizzato lo inviò all'ospedale. Quivi si nota globo vescicale ed uretrorragia notevole: un nuovo cateterismo dà esito ad oltre un litro d'urina.

E' uomo robusto con viscere sani. Non ebbe mai blenorragia e l'uretra è libera: il cateterismo è difficile per la presenza di falsa strada. L'esplorazione rettale fa rilevare una grossa prostata, con lobi ben divisi, molle, col lobo sinistro assai più grande del destro. Per la difficoltà del cateterismo e per la falsa strada si reputa necessario porre la sonda permanente. Il paziente è apiretico e sta bene: ma tolto il catetere, dopo vari giorni, la ritenzione completa persiste si chè si rende necessario di operarlo.

Esame urine: limpide, acide, p. sp. 1018, ure gm. 16 circa. Bleu eliminato normale.

22 agosto: prostatectomia perineale. Il lobo sinistro viene levato per primo essendo il più voluminoso, con discreta facilità. Il lato destro è costituito da piccoli adenomi, si chè il lobo viene asportato in tre pezzi. Sutura parziale dell'uretra.

Contegno postoperativo come nel primo caso: si hanno lievi rialzi termici se la medicazione viene ritardata. Il catetere è tolto al 18° giorno, il 20 settembre è guarito dalla ferita e svuota spontaneamente l'urocisti ogni due ore circa. La guarigione avvenne quindi in 28 giorni.

Il peso della prostata è di 35 gm., e fibroadenomatosa.

Quest'uomo aveva cessato dai rapporti sessuali da anni.

4.°

Ritenzione incompleta cronica, settica, senza distensione, da ipertrofia prostatica.

G.... Clemente, d'anni 71, falegname. coniugato, di Milano. Entra al padiglione Litta il 5 novembre 1905.

Gentilizio immune, nessuna malattia pregressa. Da alcuni anni, l'ammalato soffre di dolori iniziali nella minzione che è assai frequente e difficile specie di notte.

L'esame delle urine reca: color giallo chiaro, torbido, p. sp. 1011, acide; albumina presente, urea gm. 12,810.

Sedimento abbondante costituito da cristalli d'acido urico, da poche cellule epiteliali pavimentose, da molte cellule linfoidi, da poche emazie scolorite, deperite.

L'ammalato è apiretico, magro, robusto. Nulla si osserva di speciale all'infuori di lieve enfisema marginale. Reni impalpabili, ipogastrio un po' dolente. Uretra libera, cateterismo facile, residuo gm. 100, vescica non molto distendibile. Prostata mediamente ingrandita dal lato rettale, libera, a margini ben delimitabili.

Il bleu di metilene è eliminato in modo perfetto per comparsa quantità e durata.

Il 20 novembre, dopo un periodo di lavaggi vescicali, di cateterismo metodico, dopo un esame cistoscopico che rileva una vescica a colonne alquanto infiammata, si procede alla prostatectomia col metodo già descritto. L'emissessione e l'enucleazione dei due lobi avviene regolarmente.

Il decorso postoperativo è normale: l'ammalato si mantiene sempre apiretico. Il 15 dicembre, 25 giorni dopo l'atto operativo, egli lascia la sala completamente guarito, con urine abbastanza limpide, con residuo nullo. Questo paziente è ancora vivo ed in ottima salute (maggio 907), non avendo più avuto disturbi di sorta dal lato urinario.

Egli non aveva rapporti sessuali da anni.

La prostata asportata pesava 40 gm. ed era fibroadenomatosa.

5.°

Ritenzione incompleta cronica, settica da ipertrofia prostatica.

P.... Gaudenzio, d'anni 72, portiere, vedovo, di Milano.

Entra al P. Litta il 1° dicembre 1905.

E' di famiglia sana e fu uomo sempre sano. Da circa sei anni s'iniziarono i disturbi urinarii cominciati con frequenza notturna, difficoltà, bruciore iniziale. Alla frequenza notturna si aggiunse la diurna ed allora ricorse all'opera di un chirurgo che lo sottopose a cateterismo metodico, Colpito da un attacco di cistite, ebbe febbre e fu tenuto in letto: gli vennero fatte allora ripetute lavature vescicali. Migliorò, ma non guarendo coi mezzi comuni, venne consigliato a ricorrere all'ospedale per un'operazione, tanto più che negli ultimi tempi il sondaggio era divenuto difficile.

E' un uomo piccolo, pallido, d'aspetto senile e sofferente. Ha enfisema polmonare: secondo tono accentuato sull'aorta: note d'ateroma centrale e periferico. I reni non si palpano, l'ipogastrio è un po' dolente. L'uretra è libera: il cateterismo si compie bene colla manovra del mandrino: il residuo vescicale è di 150 gm. All'esplorazione rettale si nota che la prostata è aumentata in toto, piuttosto dura, ben delimitabile, indolente. La cistoscopia rileva note di cistite, vescica a colonne, lobo medio sviluppato.

Le urine sono gialle rossiccie, torbide, P. sp. 1014, acide, albumina in piccola quantità, urea 14,090. Al microscopio: cellule epiteliari e linfoidi numerose, emazie ben conservate, cilindroidi (dott. Visconti). La prova del bleu segna un leggero ritardo nell'apparizione e nella cessazione: però la intensità del colore è regolare.

13 dicembre. Prostatectomia perineale. Decorso operatorio regolare. Esportazione in toto del lobo destro prostatico che pesa 20 gm. e di sei adenomi costituenti il lobo sinistro. Il lobo medio, prominente la vescica sotto forma sferoidale, viene enucleato completamente dalla via uretrale, previa incisione della mucosa che lo riveste.

Nel decorso postoperativo nulla si ebbe d'anormale. Il paziente uscì guarito l'11 gennaio, 28 giorni dopo l'operazione, potendo svuotare la sua vescica con frequenza da un'ora e mezza a due. Continuò qualche lavatura vescicale ambulatoriamente.

Ho spesso occasione d'incontrare questo paziente che mi conferma sempre di stare in ottima salute. Anche questo paziente aveva perduto il potere sessuale prima dell'operazione. La diagnosi istologica è di fibroadenoma prostatico (dott, Greppi).

6.°

Ritenzione incompleta, asettica, pollachiuria intensa da modico aumento del volume prostatico.

B.... Pietro, d'anni 71, professionista, di Macherio.

Entra nella casa di salute il 1° ottobre.

Fu sempre sano ed esercitò fino a pochi mesi fa la sua pesante professione. Da un anno circa datano i disturbi rappresentati da pollachiuria dapprima notturna che si fece ben presto anche diurna. Il sonno del paziente era quasi completamente impedito: dispepsia gastro-intestinale, deperimento generale notevole. Le urine furono sempre limpide ed abbondanti. Da molti anni non ha rapporti sessuali.

Il soggetto benchè sofferente è di costituzione robusta, ma la pelle e la musculatura sono floscie: l'esame polmonare fa rilevare enfisema marginale e l'esame dell'apparato circolatorio le note di ateroma centrale. Il ventre è trattabile, i reni impalpabili. L'uretra è libera, la sua porzione prostatica non eccessivamente allungata, il cateterismo facile, il residuo vescicale di 80 gm. L'esplorazione rettale ci indica una prostata modicamente, uniformemente ingrossata, bene limitabile. Colla cistoscopia non constato l'esistenza di lobo mediano, nè di processo cistitico.

Urine limpide, acide, p. sp. 1,009, albumina assente nessun sedimento.

3 ottobre, Prostatectomia perineale coll'aiuto dei dot-

tori Brianza e Pergami. Il perineo è adiposo e si giunge con maggior difficoltà del solito alla prostata, che appare non molto grande. L'ablazione viene eseguita non in blocco, ma in varie porzioni trattandosi di prostata poliadenomatosa ad adenomi piccoli e circondati da spessi strati connettivali fibrosi. Per la profondità del perineo non posso suturare l'uretra: il drenaggio funziona subito regolarmente.

Il decorso postoperativo fu regolare fino al 1° novembre. quando già la ferita era quasi chiusa e quasi tutta l'urina usciva dall'uretra. Insorse allora orchite destra con febbre che obbligò ad una incisione. Il 10 novembre, però, il paziente usciva dalla Casa quasi guarito della lesione testicolare. La vescica già si vuotava completamente, ma la frequenza, benchè meno intensa, persisteva ancora tanto da obbligarlo alla minzione ogni ora. Bisogna notare però che le urine coll'insorgenza dell'orchite, si erano fatte torbide. In capo a qualche tempo, tuttavia, mediante lavature vescicali boriche, le urine si rifecero limpide e la frequenza si attenuò di molto. Attualmente il paziente sta bene dal lato urinario, ma ha accentuate note di demenza senile.

7°

Ritenzione completa acuta, (4° attacco) ematuria.

F.... Carlo, d'anni 66, contadino, vedovo, di Rosate.

Entra al P. Litta il 3 marzo 1906.

Nel precedente nosologico, oltre a diversi attacchi di pleuropolmonite, vanno notati tre ricoveri all'ospedale (Sala Resnati) per impossibilità ad urinare, ed ematuria. Tutte tre le volte venne curato colla siringa a permanenza. La prima volta fu nel 1898, la seconda nel 1900, la terza nel 1901. Da allora non ebbe più ematuria e potè sempre urinare, benchè con frequenza specie notturna. Ciò nonostante le urine si mantennero sempre limpide. Il 2 gennaio 1906, in seguito a disordine dietetico si trovò nell'impossibilità di urinare. Mandato subito all'ospedale, quivi fu cateterizzato. Si estrasse molta urina mista a sangue. Entrò in sala

e la ritenzione continuò tanto che fu sottoposto ad evacuazione metodica, però senza che potesse riavere la contrattilità vescicale.

La costituzione generale è buona: l'apparato respiratorio sano, cuore ricoperto da lembo polmonare, toni aspri, profondi, note d'ateroma. Addome trattabile, reni impalpabili, globo vescicale disteso. All'esplorazione rettale si rileva una prostata molto grande, piuttosto molle a limiti netti a lobi differenziabili. Il cateterismo è facilmente eseguibile.

Il 6 marzo si pone la sonda permanente che l'ammalato sopporta male: però le urine si fanno chiare cessando la ematuria. Esse contengono traccie d'albumina, cloruri e fosfati abbondanti, urea 17,984 p. sp. 1018.

Il 9 marzo eseguo l'operazione di Proust. L'ablazione dei lobi prostatici riesce facile, venendo snucleati completamente coll'indice. La breccia uretrale viene ristretta con punti in catgut. Pel resto si fa come di consueto.

Il decorso postoperativo non presenta nulla di anormale. Il giorno 29 però, quando già la ferita era quasi chiusa, e le urine passavano in gran parte dall'uretra, insorse diarrea con dolori ventrali, ribelli alle cure mediche comuni. Il 17 maggio, continuando tale disturbo, ed essendo già guarito dall'atto operativo, viene mandato in comparto medico.

La prostata asportata era fibroadenomatosa e pesava grammi 60.

8.°

Ritenzione acuta completa da ingrandimento prostatico.

F.... Ambrogio, d'anni 60, contadino, coniugato di Arluno.

Entra al P. Litta il 23 marzo 1906.

Nessuna malattia pregressa, non malattie veneree nè sifilitiche. Il giorno 19 marzo 1906, dopo una giornata di lavoro, ebbe ritenzione completa, mentre prima non aveva mai notato difficoltà nella minzione, ma solo aumento della

quantità delle urine e discreta pollachiuria. Dal giorno 19 marzo al 23, in cui entrò all'ospedale, fu quotidianamente cateterizzato. Al padiglione Litta entra in ritenzione completa ed il cateterismo a cui viene sottoposto è regolato metodicamente. Ciò non per tanto ha qualche rialzo termino serotino fino a 38,6.

Il paziente è uomo discretamente robusto, regolare di scheletro, ben nutrito. Ha visceri toracici e addominali sani. La vescica è distesa, sotto forma di globo prominente all' ipogasrio. L' uretra presenta ostacoli ed il cateterismo è facile. L'esploratore vescicale e la cistoscopia nulla rilevano di speciale all' infuori della prominenza endovescicale dei lobi laterali prostatici. La prostata dal retto appare ingrandita notevolmente, liscia, a lobi ben divisi e ben limitabili.

Esame delle urine: gialle, torbide, inodore, acide debolmente, p. sp. 1018, urea 19,205, albumina traccie, glucosio assente, sangue presente colla reazione di Haller. Al microscopio cellule linfoidi in piccolo numero, isolate ben conservate, rare emazie normali, granulazioni amorfe e poche cellule delle vie urinarie (dott. Visconti).

Per la febbre, per la lieve albuminuria viene tenuto in osservazione fino al 19 aprile. Frattanto si somministra urotropina e si regola la dieta.

La prova del bleu di metilene è ottima.

Cessata la febbre e scomparsa la lieve albuminuria, il 19 aprile pratico la prostatectomia perineale. La loggia prostatica viene aperta sui due lati ed i lobi sono asportati a pezzi, essendo la prostata poliadenomatosa con grande sviluppo di connettivo interlobulare. L'ablazione perciò è un po' laboriosa.

I primi giorni decorrono regolarmente. Il 25 aprile si ha un lieve rialzo termico in causa d'otturazione del drenaggio, ma tosto la temperatura si rimette normale. La cicatrizzazione procede rapidamente, sicchè il 15 maggio si può considerare guarito: egli urina spontaneamente ogni due ore, e vuota del tutto la vescica. Viene trattenuto fino al 24 maggio per una cura ircostituente.

La prostata asportata era fibroadenomatosa, con prevalenza del tessuto conettivo e pesava in complesso 45 gm.

Questo paziente aveva potere sessuale avanti l'operazione. Nel giugno 1907 venne a farsi visitare: stava perfettamente bene e svuotava la vescica. Il sondaggio allora praticato fu della massima facilità. Egli dichiarò che il potere genitale persisteva, ma assai indebolito.

9.°

Ritenzione incompleta cronica (primo attacco di ritenzione acuta completa) da ipertrofia prostatica.

C.... Michele, d'anni 58, contadino, vedovo, di Treviglio.

Entra al P. Litta il 1° maggio 1906.

Pare nulla vi sia di speciale nell'eredità e nel passato. Da qualche tempo la minzione era divenuta un poco stentata, quando il 16 aprile, dopo un viaggio su un carro, si trovò impovvisamente impossibilitato ad urinare; però dopo molti sforzi riuscì ancora ad urinare circa mezzo litro d'urina. Ma da allora la ritenzione si fece completa e dovette ricorrere all'opera del medico che lo sottopose al cateterismo. Le urine si erano fatte leggermente torbide. Non migliorando il primo maggio entrò all'ospedale.

Quivi si notono condizioni generali discrete, lievi note di catarri bronchiale: toni cardiaci oscuri. I reni non si palpano, l'ipogastrio è disteso: l'uretra libera, il sondaggio è facile. L'esplorazione rettale dimostra che la prostata ha raggiunto il volume d'un mandarino ed è costituita da due lobi laterali separati da un solco mediano; il destro però, è più grande del sinistro. L'esplorazione metallica e la cistoscopia non rilevano un lobo medio.

Esame delle urine: torbide, acide, p. sp. 1010, albumina in traccie, urea 7,686, traccie di pigmento del sangue. Al microscopio globuli bianchi in discreta quantità, qualche cilindro jalino.

Si sottopose il paziente al cateterismo metodico e alla dieta lattea. Cessata dopo alcuni giorni la lieve albuminuria, si procede alla prova del bleu che è regolare. Per

questo e pel tasso d'urea discreto, si ritiene poter consigliare l'operazione.

16 maggio. Prostatectomia perineale, ablazione per spezzettatura della prostata che è piuttosto resistente. Conservazione totale del'uretra. Il drenaggio perineale è tolto al sesto giorno, così lo zaffo. La sonda a permanenza viene tolta al 18° giorno. Ben presto le urine escono tutte dalla uretra e la ferita va chiudendosi. Si ha lieve incontinenza.

Il 16 giugno parte in perfetta salute; essendo cessata l'incontinenza e potendo ben svuotare la vescica.

Rivisto dopo alcuni mesi, questo paziente si presentava assai migliorato anche nell'aspetto generale. Questo uomo dichiarò che da anni non aveva rapporti sessuali.

La prostata asportata, ricca di tessuto connettivo, era fibroadenomatosa,

10.°

Ritenzione completa acuta in soggetto già affetto da ritenzione incompleta cronica settica.

D.... Carlo, d'anni 66, muratore, coniugato, di Assago.

Entra al P. Litta il 24 aprile 1907.

Nulla nel gentilizio: nei precedenti notasi a 16 anni vajolo, a 33 bronco-polmonite acuta, 61 pleuro-polmonite: tenne allora il letto per due mesi ed ebbe una convalescenza assai lunga, Non ebbe malattie veneree nè sifilitiche. I disturbi urinarii datano da tre anni. Comincio a notare di quando in quando bruciore nella minzione, però nei primi tempi il getto si mantenne normale. Due anni e mezzo fa dovette essere cateterizzato per ritenzione completa: gli venne posta la siringa permanente per 24 ore. Per un anno i disturbi non furono molto notevoli, nè dovette essere cateterizzato: solo talora notava bruciore alla uretra e stimolo frequente nel mitto, da dieci giorni la ritenzione è completa sì da obbligarlo alla siringazione.

E' soggetto a nutrizione discreta, con visceri addominali e toracici sani. L'ipogastrio è disteso dalla vescica ripiena. Uretra libera, decorso prostatico lungo, sondaggio

difficile. Alla cistoscopia note di cistite e lobi prominenti in vescica. All'esplorazione rettale, voluminosa prostata, divisa in due lobi ben distinti. Le urine sono torbide e contengono pus; sono alcaline, l'urea è di gm. 15 per litro. Il bleu di metilene è eliminato con sufficiente regolarità.

Pei rialzi termici e per le urine infette, si applica la siringa a permanenza attraverso la quale si ripetono lavature vescicali due volte al giorno. La febbre cede, le urine si rischiarano.

16 maggio. Prostatectomia perineale, enucleazione in toto del lobo sinistro manualmente, del destro istrumentale. Essendosi lacerata alquanto l'uretra verso il collo, vi si applicarono alcuni punti di sutura. Il decorso postoperativo fu apiretico. ma il paziente era molto prostrato di forze, benchè la perdita sanguigna fosse stata insignificante. Questa prostrazione si ripercoteva sul processo di cicatrizzazione, che si compiè con lentezza, così che le urine vennero eliminate per la via perineale per un tempo superiore alla norma. La chiusura completa della ferita non si ebbe che alla fine di giugno.

Le notizie ulteriori sono eccellenti, sia per le condizioni generali che per le locali Rapporti sessuali scarsissimi prima dell'operazione; nessun rapporto dopo l'atto operativo.

La prostata asportata era del peso di 50 gm. ed i lobi erano costituiti da adenomi unici.

11.°

Ritenzione incompleta cronica, senza distensione.

T.... Giovanni, d'anni 78, mediatore, celibe, di Milano.

Entra il 7 agosto 1907 al P. Litta.

Non fu mai ammalato nè ebbe forme veneree e sifilitiche. Solo tre anni fa subì la castrazione sinistra non si sa bene per quale processo, L'affezione per cui ricorre all'ospedale risale a circa tre o quattro anni, e consiste in disturbi della minzione rappresentati da pollachiuria diurna e notturna con dolori forti iniziali e spesso stranguria. Dapprincipio tali disturbi apparivano a periodi, attualmente

sono diventati continui. Ad intervalli fu sottoposto a sondaggio e lavature. Ultimamente, essendo le urine torbide, gli venne posta per qualche giorno la siringa permanente, ma non migliorando, ricorre all'ospedale per l'operazione.

E' uomo robusto ma d'aspetto sofferente, ha enfisema polmonare e note di arteriosclerosi, nulla all'addome. Il cateterismo è facile: la vescica contiene un residuo di 200 grammi: le urine estratte sono torbide, pioidi contengono gm. 6,405 d'urea, temperatura 37'6.

L'esplorazione cistoscopica rivela una vescica congesta, con lobo prostatico prominente in vescica. L'esplorazione rileva pure una prostata di medio volume, L'eliminazione del bleu è regolare per comparsa, quantità e durata. Benchè il tasso d'urea sia basso, la buona eliminazione del bleu da un lato, la sepsi vescicale, i dolori nella minzione dall'altro, ci persuadono essere consigliabile l'operazione.

12 agosto. Prostatectomia perineale. Si asportano per spezzettatura una prostata di 20 gm. essendo i due lobi piuttosto piccoli; ma c'è lobo mediano sessile che viene tolto dall'esterno col sostegno del dito indice sinistro posto in vescica.

Decorso del tutto apiretico, le urine si rischiararono alquanto: la sonda venne tolta al 12° giorno: si fece medicazione a piatto dopo il primo zaffo che venne tolto in sesta giornata. Al ventesimo giorno tutte le urine escono dalle vie normali: la piaga è del tutto chiusa all 8 settembre.

L'operato urina bene, non ha dolori nè residuo. Quando esce dall'ospedale 26 giorni dopo l'operazione, è notevolmente ingrassato e di colorito eccellente

CONCLUDENDO:

1.° Il mio modesto contributo alla prostatectomia perineale viene a confermare i risultati delle numerose statistiche e vi aggiunge una nota positiva per dimostrare che questa operazione non è grave, non di difficile ese-

cuzione e di sicuri risultati terapeutici finali, guarendo la ritenzione.

2.° La prostatectomia perineale non deve vivere, come alcuno indicherebbe, dei rifiuti della trasvescicale. I casi che riescono bene coll'una, danno eccellenti risultati anche coll'altra, e questi casi sono quelli rappresentati dalle prostate adenomatose e fibroadenomatose, qualunque sia lo stato vescicale. Le prostate fibrose mal si prestano alla loro ablazione ed i risultati finali sono pessimi, forse perchè in questi casi si avvera la teoria del Guyon della sclerosi totale urinaria.

3.° La prostatectomia perineale è l'unica che ci permetta un drenaggio razionale della vescica e ci metta così al sicuro da eventuali infezioni urinarie per ristagno settico e infiltrazioni perivescicali e pelviche.

4.° La prostatectomia deve essere, come la transvescicale, endocapsulare ed endocorticale. Il non asportare la corteccia, costituita da tessuto prostatico respinto alla periferia dagli adenomi, non è dimostrato possa esser cagione di recidiva. I miei primi casi datano da 32 a 34 mesi e le informazioni sulla loro salute sono ottime.

5.° La cura consecutiva alla prostatectomia perineale è della massima semplicità. non esigendo che un buon drenaggio ed un buon zaffo pei primi giorni e delle medicazione a piatto successivamente.

6.° I reliquati dell'operazione sono minimi, l'incontinenza e le fistole un tempo notate sono, coi miglioramenti della tecnica, debellate. Unico reliquato non lodevole è la diminuzione e spesso la perdita del potere sessuale, che però nei prostatici, per l'età loro e per le sofferenze, assume importanza secondaria.